

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

THÈSE

N°
613

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

André LECUIT

né le 19 Novembre 1935 à ANGERS (Maine et Loire)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONSIDERATIONS SUR LES HYDRONEPHROSES
DITES CONGENITALES, CHEZ L'ADULTE
A PROPOS DE CENT CAS OPERES.

Président : M. René KUSS, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1966

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

André LECUIT

né le 19 Novembre 1935 à ANGERS (Maine et Loire)

Interne des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le :

CONSIDERATIONS SUR LES HYDRONEPHROSES

DITES CONGENITALES, CHEZ L'ADULTE

A PROPOS DE CENT CAS OPERES.

Président : M. René KUSS, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS**1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES****a) Professeurs titulaires :****MM.**

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.)
Biologie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Histologie	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	COUJARD (R.)
Pathologie expérimentale	LARIVIÈRE (M.)
Physiologie	LOEPER (J.)
Physique médicale	RICHEL (G.)
Radiologie médicale	DEJOURS (P.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	SCHERRER (J.)
	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	TUBIANA (M.)
	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— N...
	Cochin LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre DEPARIS (M.)
	Broussais MILLIEZ (P.)
	Cochin BROUET (G.)
	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Lariboisière SÈZE (S. de)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — (Pitié)	DOMART (A.)
— — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	BOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale }	OURSAGET (J.)
Biochimie médicale }	CARTIER (P.)		GREMY (F.)
	GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . . SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A ma Femme

A mon Fils

A mon oncle, le Docteur J. BRAC

en témoignage de mon affection.

A Monsieur le Professeur R. KÜSS

Qui nous a inspiré cette thèse.

En témoignage de notre gratitude et de
notre déférent attachement.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

EXTERNAT :

1956-1957 : M. le Professeur MERLE D'AUBIGNE
1957-1958 : M. le Professeur R. MOREAU
1958 : M. le Docteur VIGNALOU
1958-1959 : M. le Docteur LAMBLING
1959 : M. le Professeur DEPARIS

INTERNAT :

1962 : M. le Professeur Agrégé PERROTIN
1963 : M. le Docteur LONGUET
1964 : M. le Professeur M. FEVRE
1964-1965 : M. le Professeur Agrégé THOMERET
1965 : M. le Professeur KUSS
1965-1966 : M. le Professeur MERLE D'AUBIGNE.

A nos autres Maîtres dans les Hôpitaux :

Messieurs les Professeurs Agrégés :

J. BIENAYME, B. DEBESSE, Cl. DUBOST, P. HAUTEFEUILLE,
MAURER, F. MAZAS, R. MEARY, D. PELLERIN, M. POSTEL,
J.O. RAMADIER.

Monsieur le Docteur J. JUDET, Chirurgien des Hôpitaux.

Messieurs les Docteurs :

P. DUPOUX, A. PIRONNEAU, P. RIGAUT, SA R. TUBIANA.

A Monsieur le Docteur CHATELAIN, Chef de Clinique - Assistant
des Hôpitaux,

en témoignage de notre amicale reconnaissance.

INTRODUCTION

Si l'on envisage les hydronéphroses dites congénitales, ou par anomalie de la jonction, il faut reconnaître que nombre de questions qui se posent à leur propos restent sans réponse précise.

1 - Ceci est vrai de leur définition anatomique, et on envisage parallèlement :

- les Hydronéphroses où aucune anomalie macroscopique de la jonction n'est retrouvée, les constatations opératoires se bornant à noter que les systoles pyéliquies ne passent pas la jonction pyélo-urétérale,
- et les Hydronéphroses où les constatations opératoires font état de :
 - . vaisseau anormal polaire inférieur,
 - . brides,
 - . aspect en syphon.

La conséquence de cette imprécision est la relative diversité des techniques chirurgicales proposées pour remédier au trouble de l'évacuation pyélique.

2 - La même incertitude existe, et sans doute par voie de conséquence, en ce qui concerne leur gravité évolutive.

- On voit en effet, certaines hydronéphroses aboutir en quelques années à une dilatation monstrueuse.

- A l'opposé quelques autres, découvertes inopinément, et suivies sur des urographies successives, ne manifestent au cours des années aucune accentuation de la dilatation pyélo-calicielle.

- D'autres enfin, et ce sont les plus nombreuses, évoluent lentement, sans entraîner aucun trouble, puis semblent se décompenser rapidement entre vingt et trente ans.

Cette diversité évolutive est sans doute tributaire du caractère plus ou moins accentué de l'obstacle pyélo-urétéral, sans qu'on puisse toutefois en donner une explication valable.

La conséquence en est double :

la relative difficulté dans certains cas à apprécier le bénéfice réel d'une intervention chirurgicale faite pour une hydronéphrose dont le devenir n'est que très approximativement prévisible ;
donc, l'éclectisme qui doit présider aux indications thérapeutiques.

De ceci il ressort qu'on ne peut donner de l'Hydronéphrose qu'une définition assez imprécise, telle par exemple qu'elle est formulée par Mr. J. Cibert :

"Rétention pyélique chronique, avec distension, primitivement aseptique, permanente, et non liée à une affection classée des voies urinaires",

excluant donc du cadre de l'Hydronéphrose les distensions aiguës ou chroniques des voies urinaires supérieures que peuvent entraîner par exemple, la lithiase ou un processus tumoral.

Si l'on admet : - la rétention,
- la distension,
- la permanence,

comme termes de la définition,

un fait est troublant : la constatation opératoire d'un bassinnet flasque, pratiquement vide, chez un sujet dont l'urographie confirmait bien la dilatation et la rétention pyéliques.

Cette constatation est le point de départ de cette étude au cours de laquelle nous voudrions :

- aborder le problème évolutif des Hydronéphroses, notamment en ce qui concerne leur éventuelle intermittence,

- tenter de préciser si certains substratums anatomiques, en l'occurrence un pédicule vasculaire anormal polaire inférieur n'imprime pas à l'hydronéphrose des caractères évolutifs particuliers.

Cette étude est basée sur la revue de cent dossiers d'hydronéphroses opérées, qu'a bien voulu nous confier notre Maître, Monsieur le Professeur René Küss.

ooOoo

Les Hydronéphroses ayant un bassinnet vide à l'intervention, concernent cinq malades chez lesquels on fut surpris de découvrir opératoirement, au lieu du bassinnet globuleux, relativement sous tension, comme il est habituel de le voir, et comme le laissait prévoir l'urographie, un bassinnet flasque, vidé de son contenu.

Il n'a pas été procédé à la prise des pressions pyéliques qui auraient été manifestement basses, étant donné l'état hypotonicité évidente de ces bassinets.

Voici l'analyse de ces cinq observations :

Mr. LAB ... 34 ans S.2488.

Fait à l'âge de vingt ans plusieurs crises de coliques néphrétiques droites qui se répètent à bref intervalle ; puis tout rentre dans l'ordre et le malade ne souffre plus pendant quinze ans.

En Août 1964 survient une nouvelle crise droite.

Une U.I.V. le 2.X.64 montre une volumineuse hydronéphrose.

L'hospitalisation dans le service a lieu un an plus tard.

Le 28.9.65 veille de l'intervention, une nouvelle urographie confirme la dilatation.

Le 29.9.65 CRO. Bassinet flasque :

Il existe un pédicule vasculaire anormal polaire inférieur, trop volumineux pour être sectionné.

Résection de jonction pour décroisement.

Les suites opératoires sont simples.

Les clearances séparées le 12.10.65 montrent :

pour le rein droit : - diurèse : 1140 ml.

- clearance de l'urée : 35 ml/mn.

- clearance de la créatinine : 90 ml/mn.

Mme BEA ... 26 ans. S.549.

Fait en Janvier 1962 une colique néphrétique gauche.

Une U.I.V. au décours de la crise montre :

- une volumineuse hydronéphrose gauche,
- une discrète hydronéphrose droite.

La division d'urines révèle une clearance de l'urée à :

- 29 ml/mn pour le rein gauche,
- 42 ml/mn pour le rein droit.

En Février 1962 CRO. très grand bassinets flasque,
Néphrectomie gauche.

L'évolution est suivie sur deux urographies en 1964 et 1965 qui montrent une légère augmentation de la dilatation pyélique droite mais l'uretère est bien visible sur le cliché à la 15ème minute.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un parenchyme fonctionnel.

Mr. GAN ... 36 ans. S.1203.

Au début de 1963, fait plusieurs crises de coliques néphrétiques gauches à répétition pendant trois mois.

Une U.I.V. le 8.6.63 découvre une énorme hydronéphrose gauche. Le rein droit est normal.

Le 13.6.63 le CRO. mentionne :

- Rein volumineux, mais énorme bassinets flasque.
- Il est pratiqué une néphrectomie.

L'examen anatomo-pathologique répond :

- Parenchyme refoulé, mais fonctionnel
- Petits îlots inflammatoires
- Pas de sclérose pariétale notable.

Mr. LAN 25 ans. S.508.

En 1959, alors qu'il effectue son service militaire, il lui est fait une résection de la jonction pour une hydronéphrose découverte à la suite de coliques néphrétiques gauches.

Les années qui suivent sont troublées par des épisodes de pyélonéphrite à répétition.

En 1962, il est hospitalisé dans le service, et opéré le 2 Février.

CRO : Le bassinet est flasque,
une artère polaire inférieure barre la jonction par en
arrière.
Néphrectomie.

Ces constatations opératoires laissent bien penser que la première intervention fut une résection pour décroisement.

L'examen anatomo-pathologique répond : parenchyme fonctionnel.

Mr. ANG 15 ans. S.2332.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans qui en septembre 1964 fait une hématurie à la suite d'un traumatisme lombaire droit.

Le 7.10.1964, une U.I.V. montre une très volumineuse hydronéphrose bilatérale ; des deux côtés l'ombre rénale dépasse l'aile iliaque.

Urée sanguine : 0,40
Clearance de l'urée : 43 ml/mn.
Clearance de la créatinine : 63 ml/mn.

Le 8.1.65. une cystographie pré-opératoire élimine l'hypothèse d'un reflux vésico-urétéral.

CRO : Pr. Küss.

1 - Lombotomie gauche

Le rein est petit. La voie excrétrice saine.

On se borne à faire une biopsie qui révélera :

- discret infiltrat interstitiel,
- glomérules et tubes normaux.

2 - Lombotomie droite

Enorme rein sous tension.

Néphrostomie polaire inférieure.

Les suites opératoires sont simples.

Le 22.1.65. division des urines.

Rein droit : diurèse 1500 ml.

: concentration uréique 8 g/l.

Rein gauche : diurèse 500 ml.

: concentration uréique 15 g/l.

Le 8.2.65. nouveau bilan :

Urée sanguine : 0,20.

	Rein droit	Rein gauche
Clearance de l'urée :	21 ml/mn.	18 ml/mn.
Clearance de la créatinine	38 ml/mn.	38 ml/mn.

Le 15.2.65. nouveau bilan :

	Rein droit	Rein gauche
Clearance de l'urée	24 ml/mn.	16 ml/mn.
Clearance de la créatinine	41 ml/mn.	37 ml/mn.

Le 18.2.65. il est pratiqué à droite une Urétéro-iléo-cystoplastie sous couvert de la néphrostomie.

Les suites opératoires sont simples, avec fermeture progressive de la sonde de néphrostomie.

Le 29.4.65. une pyélographie visualise l'évacuation complète du bassinet en une heure trente.

Le 3.5.65. ablation de la sonde de néphrostomie.

Le 10.5.65. l'urographie note :

- une diminution de la dilatation à droite,
- une énorme dilatation à gauche, qui sera confirmée par une urétéro-pyélographie rétrograde le 13.5.65.

Le malade rentre alors chez lui.

Mais il est à nouveau hospitalisé le 29.9.65. pour un bilan en vue d'une décision thérapeutique vis à vis de l'hydronéphrose gauche.

Le 27.9.65. l'urographie confirme la dilatation.

Le 13.10.65. CRO. : Rein gauche vide.

Bassinets peu grand.

Il existe un pédicule vasculaire anormal polaire inférieur de petit calibre ; il est sectionné ce qui entraîne un minime infarctus pré-hilaire.

Les suites opératoires sont simples.

oOo

La constatation d'un bassinets flasque et pratiquement vide est assez troublante si l'on s'en réfère à la définition même de l'hydronéphrose, encore faut-il éliminer les facteurs intercurrents susceptibles d'expliquer la vacuité du bassinets.

- C'est ainsi que nous n'avons conservé que le cas où il existait un parenchyme manifestement fonctionnel et éliminé ceux où la vacuité pyélique était la conséquence d'une altération du parenchyme par pyélonéphrite chronique.

- dans les cinq observations que nous avons retenues la qualité fonctionnelle du rein est attestée :

. par l'examen anatomo-pathologique éventuellement, s'il y a eu une néphrectomie ou une biopsie,

. par la diurèse post-opératoire du rein hydronéphrotique s'il a été laissé en place après une opération conservatrice.

- D'autre part, nous avons éliminé les cas où un cathétérisme explorateur, fut-il une urétéro-pyélographie rétrograde, aurait pu être rendu responsable de l'évacuation de la rétention.

De la même façon, nous n'avons pas retenu les observations où seul un cathétérisme explorateur fut le témoin de la vacuité pyélique, intermittente, comme dans l'observation suivante :

Mme. DEL 2457.

Subit le 6.11.1958. une cholécystectomie pour lithiase.

Le 25.11.58. elle fait une crise de colique néphrétique droite, et l'urographie intra-veineuse faite deux jours plus tard montre une dilatation pyélo-calicielle droite.

Le 2.12.58. est pratiquée une appendicectomie.

Le 11.12.58. une nouvelle urographie confirme l'hydronéphrose : sept heures après l'injection le bassinet reste opacifié.

Le lendemain de cet examen la malade fait une violente crise de coliques néphrétiques droites, elle est alors adressée dans le service.

Cinq jours après le début de la crise, la montée d'une sonde ne ramène aucun résidu pyélique.

Le 24.12.58. la malade quitte le service.

Elle revient le 27.12.58. pour une nouvelle crise. Le lendemain le cathétérisme évacue une importante rétention pyélique.

Le 31.12.58. on procède à une résection de la jonction.

ooOoo

Si on s'en tient à des critères stricts que sont :

- la constatation urographique d'un bassinot distendu, en rétention,
- l'absence de toute manoeuvre instrumentale capable d'avoir modifié l'évacuation pyélique,
- une qualité suffisante du parenchyme rénal,

la découverte opératoire faite dans ces cinq observations suggère une intermittence de la rétention et de la distension puisqu'elle témoigne que l'une et l'autre sont susceptibles de disparaître momentanément.

Peut-on de ce fait individualiser un type d'hydronéphrose intermittente, répondant à un substratum anatomique défini ? Ceci, bien sûr, dans le cadre des hydronéphroses chroniques par anomalie de la jonction.

A - L'hydronéphrose intermittente

En considérant la symptomatologie clinique de ces cinq observations on remarque, qu'à l'exception de celle du jeune ANG où un traumatisme fut révélateur d'une hydronéphrose bilatérale - dans les quatre autres cette symptomatologie fut faite de crises de coliques néphrétiques à répétition.

- La survenue d'une colique néphrétique témoigne, on le sait, d'une brusque mise en tension du bassinot ; de la même façon, son apparition sur un rein hydronéphrotique rend compte d'une poussée de rétention.

Elle est sans doute aussi le témoin d'une certaine qualité fonctionnelle :

- qualité fonctionnelle du parenchyme capable d'entretenir une pression de filtration urinaire,
- qualité de la musculature pyélique, capable d'un certain "tonus" face à un à coup de rétention.

- A l'inverse, la constatation d'une pression pyélique basse - autrement dit, d'un bassinot flasque - ne doit pas être obligatoirement considérée comme une preuve de médiocre qualité du rein, ainsi que le montrent :

- l'étude des clearances pré ou post-opératoires,
- l'examen histologique des reins dans les trois cas néphrectomisés.

(L'indication de la néphrectomie dans ces cas semble donc de ce fait devoir être discutée).

Ceci, à l'inverse des rétentions pyélo-calicielles par obstacle complet, et nous citerons ici Mr. Auvert (Rapport au 51ème Congrès d'Urologie).

"Nous pensons, à la lumière de multiples observations que la pression urinaire dans un bassinnet à excrétion bloquée est d'autant plus basse que ce rein est plus altéré.

Dans un rein sain en néphrographie la pression varie de 60 à 90 cm. d'eau. La libération de l'obstacle est suivie d'une récupération totale. Sur un rein "hydronéphrotique" muet sur le cliché après une heure, la lecture d'une pression pyélique élevée, c'est à dire d'au moins 50 cm. est l'indice certain d'une récupération non seulement possible mais valable et capable d'entretenir la vie.

Si au contraire, la pression est de 40 cm. et moins, l'altération parenchymateuse est grave. La valeur fonctionnelle de ces reins est très aléatoire. Elle se révèle parfois à la limite de l'insuffisance rénale, mais plus souvent elle est négligeable.

Ces considérations sont valables pour les obstacles totaux à l'excrétion urinaire, il est certain qu'une pression pyélique à 22 sur une hydronéphrose équilibrée, par obstacle non total, n'a aucune signification péjorative".

Cette vacuité, ou cette basse pression pyélique, n'est que le témoin d'une intermittence -ici, dans le sens de l'évacuation- comme la colique néphrétique en est l'autre témoin -dans le sens de la rétention.

Cette constatation d'une intermittence ou d'une évolution paroxysmique n'est certes pas neuve et depuis la publication de L. Bazy elle a été maintes fois mentionnée.

B - Peut-on reconnaître un substratum anatomique responsable de cette évolution intermittente ?

La première hypothèse envisagée, pour l'éliminer, est celle d'une migration calculeuse, mais elle est absente de ces cinq observations.

Par contre il est bien certain qu'elle puisse être considérée comme responsable de l'intermittence particulièrement nette dans l'observation suivante :

Melle. PAT ... 17 ans.

En décembre 1956, une crise douloureuse lombaire droite fait pratiquer une U.I.V. qui montre une distension du rein droit. Pas de sécrétion à gauche.

Une urétéro-pyélographie rétrograde confirme l'hydronéphrose avec un aspect d'étranglement de la jonction.

En Juillet 1957, il est procédé à la section d'un vaisseau anormal.

Une U.I.V. en Mars 1958 ne montre plus d'étranglement de la jonction.

En Août 1960, une crise de colique néphrétique droite s'accompagne d'un épisode anurique qui cède sous perfusions de sérum hypertonique et de procaine.

Le 14.9.60. Néphrectomie gauche pour un petit rein atrophique.

Le 1.10.60. Nouvel épisode oligo-anurique avec gros rein douloureux qui cède en vingt-quatre heures.

Le 9.10.60. L'U.I.V. montre une image pyélo-calicielle normale.

Le 21.10.60. Récidive de l'anurie.

La malade est alors adressée dans le service cinq jours plus tard, mais la crise a cédé et le cathétérisme n'évacue aucun résidu.

En Février 1961, la malade est à nouveau hospitalisée alors qu'elle a fait depuis trois mois, trois épisodes douloureux.

L'urographie alors pratiquée fait porter le diagnostic de lithiasse radio-transparente ; et cette hypothèse est bien la plus vraisemblable quand on voit, comme ici, quelques jours après la crise, l'image pyélique devenir strictement normale.

La deuxième hypothèse est celle de la participation éventuelle d'un vaisseau anormal polaire inférieur, et dans cet esprit nous avons analysé les observations en confrontant celles où existait un vaisseau anormal et celles où il n'en n'a pas été retrouvé.

Il fut retrouvé dans trente quatre cas.

Voici le résumé de ces observations :

LEM S.924.

24 ans. Coliques néphrétiques gauches depuis quatre ans.

Le 24.11.62. Résection pour décroisement.

CLE 2087.

25 ans. Coliques néphrétiques droites depuis trois mois.

Le 15.3.58. Section d'un vaisseau anormal polaire inférieur.

CHE 2425.

25 ans. Coliques néphrétiques gauches en 1952.

L'U.I.V. montre une discrète hydronéphrose.

En 1957 récurrence des douleurs. L'U.I.V. montre une sécrétion très pâle à gauche.

Le 14.10.58. CRO. Gros vaisseau anormal. Résection pour décroisement.

CAP S.874.

32 ans. Coliques néphrétiques gauches au début d'une grossesse.

En 1947. Section d'un vaisseau anormal.

En 1962. Récurrence des coliques néphrétiques.

Le 13.10.62. Résection de la jonction.

LAB S.2488.

34 ans. Coliques néphrétiques depuis quatorze ans.

Le 23.9.65. Résection de la jonction pour décroisement.

COU S.1751. Hydronéphrose bilatérale.

23 ans. Depuis quatre ans, douleurs lombaires gauches.

Le 15.2.64. U.I.V. : Rein gauche muet.

: Bassinet droit légèrement dilaté.

Le 21.4.64. Néphrostomie gauche, suivie de néphrectomie trois mois plus tard, puisque ce rein a une valeur quasi nulle.

Un an après : augmentation de la dilatation à droite.

Le 27.3.65. Résection de la jonction pour décroisement.

THE S.2333.

22 ans. Découverte d'une hydronéphrose droite sur une U.I.V. pratiquée devant une infection urinaire persistante dans les suites d'une gonococcie.

Le 30.3.65. Résection de jonction pour décroisement.

COR S.245.

30 ans. Coliques néphrétiques gauches depuis 18 mois.

Le 17.6.61. Résection de la jonction pour décroisement.

HIN 6286.

47 ans. Coliques néphrétiques droites depuis six mois.

Le 27.9.60. Résection de la jonction pour décroisement.

LAR 4549.

44 ans. Coliques néphrétiques gauches depuis dix mois.

Le 24.9.49. Section d'un vaisseau anormal.

LEP 5876.

20 ans. Coliques néphrétiques gauches depuis un an.

Le 21 Juin 57. Section d'un vaisseau polaire inférieur.

JAN 2732.

30 ans. Coliques néphrétiques depuis trois ans.

Le 17.4.59. Section d'un vaisseau anormal polaire inférieur.

LEG S.1068.

35 ans. Crises de coliques néphrétiques depuis l'enfance.
Le 16.3.63. Résection de la jonction pour décroisement.

LEG S.59.

43 ans. Douleurs lombaires gauches depuis six mois.
En 1954 : Section d'un vaisseau anormal polaire inférieur.
En Avril 1959 : persistance d'une infection urinaire tenace.
Résection de la jonction.
En Novembre 1959 : Persistance de l'infection : lithiase.
Néphrectomie.

PAT 6293.

16 ans. Coliques néphrétiques droites depuis six mois.
En Juillet 1957 : Section d'un vaisseau anormal.

MER 4820.

50 ans. Crises douloureuses lombaires gauches à répétition depuis plusieurs années.
Section d'un pédicule vasculaire anormal.

ANG S.2332. Hydronéphrose bilatérale révélée par une hématurie traumatique.

16 ans. Urétéro-iléo-cystoplastie à droite.
Section d'un vaisseau anormal à gauche.

DUP 4318.

44 ans. Coliques néphrétiques droites depuis deux ans.
Résection de la jonction.

COM S.368.

15 ans. Crises douloureuses lombaires gauches à répétition depuis un an.
Le 4.10.1961. Résection de la jonction pour décroisement.

CAP 6028.

35 ans. Lombalgies gauches banales depuis plusieurs années.
Le 23.7.60. Rein sec détruit. Néphrectomie.

MOT S.1037.

30 ans. Coliques néphrétiques gauches à répétition depuis un mois.
En Février 1964 : Section d'un vaisseau anormal, après deux mois
de néphrostomie.

LEM 2776.

20 ans. Coliques néphrétiques droites depuis trois mois.
Le 21.4.59. Section d'un vaisseau anormal.

GUI 4812.

20 ans. Pyélonéphrite gravidique.
Le 29.4.60. Section d'un pédicule vasculaire anormal avec
néphrectomie polaire inférieure.

PRU 4623.

31 ans. Coliques néphrétiques droites depuis cinq ans.
Le 4.3.60. Résection de la jonction pour décroisement.

MOR 5952.

32 ans. Coliques néphrétiques gauches depuis sept ans.
Le 21.1.57. Section d'un vaisseau anormal polaire inférieur.

MOU S.729.

15 ans. Coliques néphrétiques gauches depuis six mois.
Résection de la jonction pour décroisement.

MAR S.457.

24 ans. Crises douloureuses lombaires droites récidivantes
depuis 2 ans.
Le 17.1.62. Résection de la jonction pour décroisement.

LIZ 5900.

42 ans. Coliques néphrétiques gauches récidivantes depuis un an.
Le 8.11.57. Section d'une artère polaire inférieure.

RAG 2868.

38 ans. Crises de coliques néphrétiques gauches depuis cinq ans.
Le 2.6.59. Section d'un vaisseau anormal.

Contractions puissantes du bassinot, mais comme il persiste une coudure importante de l'uretère, on pratique une résection de la jonction.

TUR 4353.

26 ans. Coliques néphrétiques droites depuis trois ans.
Le 13.11.59. Section d'un pédicule vasculaire anormal.

VAL 4767.

29 ans. Coliques néphrétiques gauches depuis deux mois.
Le 7.4.60. Résection de la jonction pour décroisement.

VAL S.44. Hydronéphrose bilatérale.

37 ans. Douleurs lombaires gauches depuis trois ans.
Le 30.6.53. Section d'un vaisseau polaire inférieur.
En 1961 : persistance des douleurs. Résection de la jonction.

LAN S.508.

22 ans. Coliques néphrétiques.
En 1959 : Résection de la jonction.
Dans les suites, pyélonéphrites à répétition.
Le 2.2.62. CRO. Une artère polaire inférieure bride la jonction par en arrière : Néphrectomie.

Dans ces 34 observations, l'opérateur a noté la présence d'un vaisseau anormal barrant la jonction pyélo-urétérale.

Il est remarquable de noter que dans 27 de ces cas, (soit près de 80 %), la symptomatologie clinique fut nettement paroxystique, représentée par des coliques néphrétiques franches ou des douleurs lombaires unilatérales vives, se répétant à des intervalles plus ou moins proches.

Par contre, dans les 59 autres hydronéphrose opérées pendant la même période et pour lesquelles il n'a pas été retrouvé de vaisseau anormal l'expression clinique ne fut paroxystique que dans 16 cas (soit moins d'un quart des cas), encore faut-il considérer :

- que parmi ces 16 malades trois étaient porteurs d'une lithiasé,
- que dans l'ensemble le caractère paroxystique des crises douloureuses fut beaucoup moins net.

Chez les autres malades, le motif de la consultation et de la première urographie fut :

- 15 fois, des douleurs vagues,
- 15 fois, une infection urinaire,
- 6 fois, un traumatisme ayant entraîné une hématurie,
- 3 fois, une hématurie isolée,
- 1 fois, une hypertension artérielle,
- 3 fois, un examen systématique.

Donc, l'existence d'un vaisseau anormal imprime à l'expression clinique de l'hydronéphrose un caractère nettement paroxystique.

Si l'on fait la même confrontation sur le plan de la gravité - en l'occurrence, l'état du parenchyme au moment de l'intervention - ce qui a dicté une attitude différente à son égard, on retrouve de la même façon une singulière différence.

- Sur l'ensemble des cent malades opérés il y eut 28 néphrectomies, et trois autres, après échec d'intervention plastique.

- Sur les 34 hydronéphroses avec vaisseau anormal il y eut :

- deux néphrectomies d'emblée,
 - deux autres pour échec d'intervention plastique.
- Sur les 59 hydronéphroses sans vaisseau anormal il y eut :
- 26 néphrectomies, d'emblée ou après néphrostomie,
 - une néphrectomie pour échec d'intervention plastique.

Nous retrouvons donc là encore une différence de proportion significative.

Mettant en parallèle le caractère paroxystique des manifestations cliniques, et le meilleur pronostic des hydronéphroses avec vaisseau anormal, on pourrait penser que le premier est responsable du second, que l'acuité de la symptomatologie a révélé plus tôt l'hydronéphrose et entraîné une intervention chirurgicale plus précoce.

En fait, l'âge moyen des malades au moment de l'intervention est de :

30 ans pour les hydronéphroses avec vaisseau anormal,

26 ans pour les hydronéphroses sans vaisseau anormal.

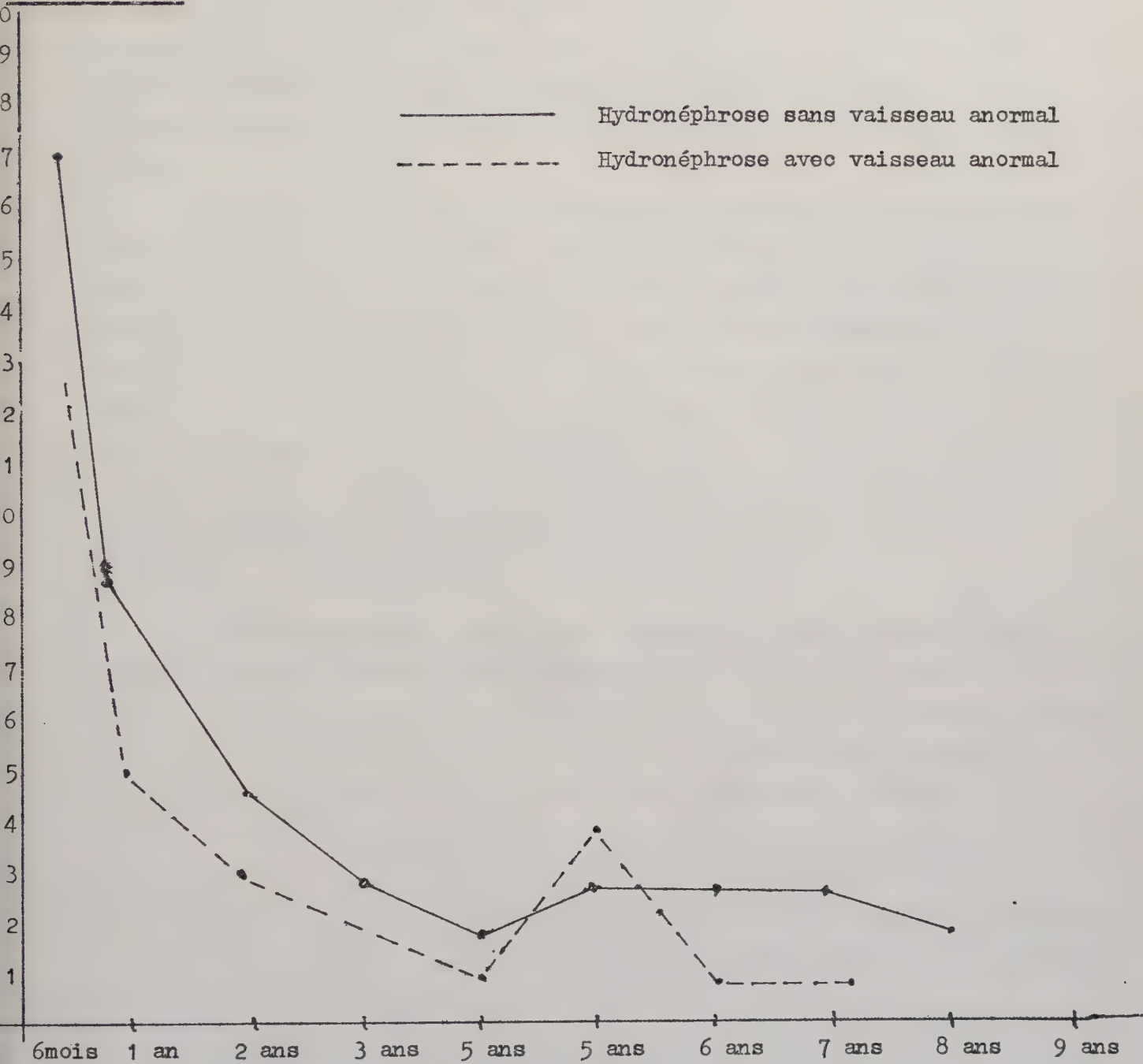
Si on ne peut tenir pour significative une différence d'âge aussi faible sur un nombre de cas assez restreint, on peut dire cependant que les hydronéphroses avec vaisseau anormal ne sont pas opérées plus précocement que les autres.

De la même façon, la durée moyenne entre le début de la symptomatologie clinique et l'acte chirurgical est d'environ deux ans dans l'un et l'autre groupe, comme il figure dans le graphique ci-dessous où :

les deux courbes sont parallèles.

La majorité des cas est opérée deux ans après le premier signe clinique.

Nombre de cas



Durée entre le
premier signe et
l'intervention.

Si donc on ne peut tenir pour responsable d'un meilleur pronostic la plus grande précocité du traitement chirurgical, il faut admettre que les hydronéphroses avec vaisseau anormal ont, en soi, un potentiel évolutif moins sévère, ou tout au moins plus lent, et il est tentant de penser que leur caractère plus volontiers intermittent est la raison de cet état de fait.

La responsabilité d'un vaisseau anormal polaire inférieur est certes sujet à discussion puisqu'il n'est pas exceptionnel de découvrir au cours d'une lombotomie un pédicule polaire inférieur, sans stigmate de dilatation pyélique sus-jacente. De plus, tout en reconnaissant son rôle on peut discuter de savoir s'il est le *primum-movens* ou simplement un facteur adjuvant qui majore une discrète anomalie fonctionnelle de la jonction qui sans lui se passerait de toute symptomatologie. Ce dilemme ne nous paraît pas pouvoir être tranché faute de critères histologiques suffisamment précis pour reconnaître un substratum anatomo-pathologique responsable de l'hydronéphrose par dysfonctionnement de la jonction.

Quoiqu'il en soit, à des degrés divers, le rôle d'obstacle d'un vaisseau polaire inférieur semble indiscutable si l'on s'en rapporte :

- à certaines constatations radiologiques où le pédicule anormal marque un defect net dans la continuité pyélo-urétérale,
- aux constatations opératoires surtout qui font état :
 - . de bassinets se vidant sous les yeux de l'opérateur après libération d'un vaisseau anormal,
 - . ou, à un degré moins flagrant, d'une compression manifeste de la jonction qui apparaît bridée, coudée par le passage du vaisseau.

On peut de plus opératoirement modifier les rapports de la jonction et d'un pédicule anormal en mobilisant le rein. C'est ainsi qu'on peut notamment voir la jonction se dégager d'un pédicule polaire inférieur en déplaçant le rein vers le haut ; n'a-t-on pas d'ailleurs proposé la néphropexie comme traitement de certaines hydronéphroses avec vaisseau anormal ?

Sans souscrire à cette déduction thérapeutique, il est peut-être permis de penser que cette variabilité des rapports entre la jonction et

un pédicule anormal puisse être responsable d'une certaine intermittence dans l'évolution de ces hydronéphroses.

Le rôle du vaisseau anormal peut enfin trouver confirmation dans l'étude des résultats de l'intervention chirurgicale quand celle-ci s'est bornée à la simple section du pédicule vasculaire.

Quinze observations répondent à cette éventualité.

Sur ces quinze cas :

- six n'ont pas été revus,
- un est trop récent,
- six ont un bon résultat défini par :
 - la disparition des troubles cliniques,
 - l'amélioration ou tout au moins la stabilisation de la dilatation pyélo-calicielle, quand elle était discrète, à l'urographie.

Pour ces six observations le recul respectif est de : 11 ans, 10 ans, 4 ans, 4 ans, 18 mois, 1 an.

- Trois autres malades ont dû être réopérés après avoir subi la section d'un vaisseau polaire inférieur.

Voici ces trois observations :

Mr. LEG S.59.

En 1954, subit une section d'un pédicule polaire inférieur.

Revu en 1955 et en 1958, il continue à souffrir et ses urines sont infectées.

En avril 1959 subit une "réimplantation" urétéro-pyélique.

En novembre 1959 il existe une lithiase pyélique.

En 1961 il est alors adressé dans le service.

L'U.I.V. montre une volumineuse hydronéphrose, des calculs pyé-
liques.

Il existe un reflux vésico-urétéral.

Il lui est fait une néphrectomie.

Mr. VAL S.411.

Présente une hydronéphrose bilatérale manifestée en 1948 par des douleurs lombaires droites.

En 1950 il est opéré une première fois, sans qu'on ait de détails sur la nature de l'intervention.

Le 12.6.53. Réintervention à droite où on trouve une sclérose importante de la région pyélo-urétérale. On pratique une résection suivie d'anastomose pyélo-urétérale sous couvert d'une néphrostomie.

Le 30.6.53. Intervention à gauche qui consiste en la section d'un pédicule polaire inférieur.

Dans les années qui suivent le malade continue à se plaindre de lombalgies gauches, tandis que l'urographie montre une augmentation de la dilatation des cavités.

En octobre 1961. Résection de jonction à gauche (Pr. Küss), elle est entourée d'une sclérose importante.

Revu deux ans plus tard :

- ne souffre plus,
- il n'y a ni pus, ni germe dans les urines,
- l'urographie, ne montre aucune sécrétion à droite,
à gauche une nette amélioration par rapport à
l'état pré-opératoire.

Mme. CAP S.874.

En 1942, lors de sa première grossesse (3ème mois), fait un épisode douloureux et fébrile ayant motivé une exploration chirurgicale, soldée par une F.C.

Dans les années qui suivent, elle subit :

En 1943 une néphrectomie droite pour un petit rein calcifié.

De 1943 à 1947, plusieurs épisodes de rétention du rein gauche obligeant à des cathétérismes.

En 1947, il est pratiqué une section d'un pédicule vasculaire polaire inférieur.

La malade ne présente plus aucun trouble de 1947 à 1962, soit pendant quinze ans.

En septembre 1962 : récurrence des douleurs lombaires gauches.

Le bilan urinaire se présente ainsi :

P.S.P. : 10 %

Clearance de la créatinine : 34 ml/mn.

Clearance de l'urée : 23 ml/mn.

A l'urographie : énorme dilatation pyélo-calicielle.

Les urines sont stériles.

Le 5 octobre, un épisode de rétention avec fièvre à 40° oblige à monter une sonde ; les urines contiennent de nombreux bacilles Gram. négatifs.

Le 13 octobre la malade est réopérée. CRO. Pr. KUSS.

Il existe une sclérose rétrécissant l'uretère à la jonction, dans un tissu fibreux séquelle de l'infarctus polaire inférieur. L'examen anatomo-pathologique de la jonction montre :

- un épithélium normal,
- un chorion oedémateux.

Les suites opératoires sont simples et la malade quitte l'hôpital le 10 novembre.

Depuis elle est suivie régulièrement, n'a pas souffert et à chaque examen les urines sont stériles.

Le 11.10.63., la montée d'une sonde ramène 20 cc. d'urines stériles.

Le 24.9.65., l'U.I.V. est très améliorée.

La clearance de l'urée à 28.

La clearance de la créatinine à 64.

La P.S.P. est à 30 %.

S'il faut considérer ces trois observations comme des échecs de la section d'un pédicule vasculaire anormal, elles suggèrent aussi que la responsabilité de l'échec tient sans doute autant à la sclérose dense qui s'est constituée au contact de l'infarctus polaire inférieur qu'à l'insuffisance

de la section vasculaire comme moyen thérapeutique. La longue période d'amélioration clinique après la simple section d'un vaisseau anormal reste un argument en faveur de la responsabilité de celui-ci dans la genèse des troubles.

La dernière de ces observations est à cet égard démonstrative puisque la section vasculaire a entraîné pendant près de quinze ans la suppression des troubles cliniques qui avaient nécessité plusieurs cathétérismes dans les trois années qui ont précédé l'intervention.

oOo

L'ensemble de ces constatations suggère un certain nombre de déductions thérapeutiques notamment en ce qui concerne les indications :

- de la section d'un pédicule vasculaire polaire inférieur,
- de la néphrectomie.

La section d'un pédicule polaire inférieur nous semble justifiée, à certaines conditions :

- qu'il soit d'un calibre suffisamment réduit pour n'entraîner qu'un infarctus minime,
- que le bassinot sus-jacent ait gardé une assez bonne tonicité et soit susceptible de récupérer une bonne motricité.

Sinon il est préférable de recourir à une résection de la jonction pour décroisement vasculaire. Celle-ci a été pratiquée avec des résultats favorables dans seize hydronéphroses avec vaisseau anormal, et pour lesquelles les conditions que nous venons de rappeler n'étaient pas remplies.

Les deux autres hydronéphroses avec pédicule vasculaire anormal ont subi d'emblée une néphrectomie. Ce sont, fait notable, les deux observations où la durée fut la plus longue entre le début des troubles cliniques et la date de l'intervention.

de la section vasculaire comme moyen thérapeutique. La longue période d'amélioration clinique après la simple section d'un vaisseau anormal reste un argument en faveur de la responsabilité de celui-ci dans la genèse des troubles.

La dernière de ces observations est à cet égard démonstrative puisque la section vasculaire a entraîné pendant près de quinze ans la suppression des troubles cliniques qui avaient nécessité plusieurs cathétérismes dans les trois années qui ont précédé l'intervention.

oOo

L'ensemble de ces constatations suggère un certain nombre de déductions thérapeutiques notamment en ce qui concerne les indications :

- de la section d'un pédicule vasculaire polaire inférieur,
- de la néphrectomie.

La section d'un pédicule polaire inférieur nous semble justifiée, à certaines conditions :

- qu'il soit d'un calibre suffisamment réduit pour n'entraîner qu'un infarctus minime,
- que le bassinot sus-jacent ait gardé une assez bonne tonicité et soit susceptible de récupérer une bonne motricité.

Sinon il est préférable de recourir à une résection de la jonction pour décroisement vasculaire. Celle-ci a été pratiquée avec des résultats favorables dans seize hydronéphroses avec vaisseau anormal, et pour lesquelles les conditions que nous venons de rappeler n'étaient pas remplies.

Les deux autres hydronéphroses avec pédicule vasculaire anormal ont subi d'emblée une néphrectomie. Ce sont, fait notable, les deux observations où la durée fut la plus longue entre le début des troubles cliniques et la date de l'intervention.

Il s'agit, l'un d'un sujet de 38 ans chez qui les premières manifestations cliniques étaient apparues 12 ans auparavant, l'autre, d'un sujet de 35 ans dont les premiers troubles étaient apparus il y a 10 ans.

Les indications de la néphrectomie doivent, bien sûr, être sérieusement discutées, d'autant plus qu'il s'agit d'une hydronéphrose bilatérale ; et l'on sait qu'il n'est pas exceptionnel de voir une accentuation de la dilatation du rein restant après une néphrectomie contro-latérale.

Les constatations opératoires, parfois considérées comme péjoratives, doivent être interprétées en fonction de l'intermittence de la rétention : et c'est ainsi, nous semble-t-il, que la découverte d'un bassinnet flasque, vidé de son contenu ne doit pas être obligatoirement considéré comme un argument de mauvais fonctionnement rénal ; certes si la valeur fonctionnelle du rein est en règle abaissée elle a souvent une qualité suffisante pour justifier une intervention conservatrice.

A l'inverse, la constatation d'un parenchyme extrêmement aminci, sous tension, ne doit pas non plus faire considérer ce parenchyme comme négligeable, on est parfois surpris d'ailleurs, après avoir évacué la rétention de le voir reprendre une épaisseur et une consistance de bon aloi.

C'est ainsi qu'on a été amené à proposer dans quelques cas une néphrostomie temporaire qui permette d'étudier la diurèse de ce rein et décider ainsi en connaissance de cause l'indication d'une néphrectomie ou au contraire d'une résection de la jonction.

CONCLUSIONS

La découverte à l'intervention chirurgicale d'un bassinnet vide, chez un sujet dont l'urographie intra-veineuse avait manifesté une volumineuse hydronéphrose est troublante si l'on s'en réfère à la définition même de l'hydronéphrose : rétention permanente avec distension, d'urine aseptique, dans les cavités pyélo-calicielles.

Cette constatation qui suggère une intermittence dans l'évolution de l'hydronéphrose est corroborée par la séméiologie clinique faite dans ces cas de coliques néphrétiques récidivantes.

Tenter de rechercher une explication de cette intermittence nous a conduit à analyser plus précisément les hydronéphroses avec pédicule vasculaire anormal polaire inférieur.

Si on les compare aux hydronéphroses sans vaisseau anormal, on est frappé :

- de la fréquence de leur symptomatologie paroxystique,
- et parallèlement de leur moindre gravité pronostique si l'on considère notamment les pourcentages de néphrectomies pratiquées pour les unes et pour les autres.

Sans vouloir en faire une entité absolument indépendante, il nous est apparu que ces hydronéphroses avec vaisseau anormal possédaient quand même une certaine individualité séméiologique :

- évolutive
- et pronostique.

De cette revue d'ensemble découlent un certain nombre de déductions thérapeutiques concernant :

- l'efficacité de la section vasculaire :

celle-ci nous a semblé réelle dans les quelques cas où elle a été pratiquée pour des vaisseaux de petit calibre et en présence d'un bassinot tonique. Sinon, il est préférable de faire une résection de la jonction pour décroissement.

- la prudence avec laquelle doit être envisagée la néphrectomie.

ooOoo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur René KUSS

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE



EDITIONS A.G.E.M.P.
8 RUE DANTE
- PARIS V° -
ODÉ 58-90